

FICHE DE SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE

A PRÉSENTER AU CENTRE DE TRANSFUSION AVEC TOUTE DEMANDE DE PRODUIT SANGUIN

établie le

par

Folio

9/11/2004

Site de Clamart

GROUPE SANGUIN

1

1° détermination par

2° détermination par

le

n°

le

n°

29-oct-2004

4989087

29-oct-2004

2989088

O +

Mr

MARTIPON FREDERIC

30/12/1940

O +



5 1 0



0 0 0 1 7 6 0 8 4 6



5 1 0

HIA PERCY CLAMART REANIMATION

Phénotype

C+ c- E- e+ K-

C+ c- E- e+ K-

MENTIONS BIOLOGIQUES SPÉCIALES :

RAI : Négatif du 08-nov-2004 Anticorps :

EXAMENS EFFECTUÉS			DATE	PRODUITS TRANSFUSÉS				
Nature	Résultats	Laboratoire		Numéro	Gr/Rh	Suppléments	Produit	Signature
RAIDep	Négatif	IHRD	29/10/04 18:12					
ABO	groupe sanguin O	IHRD	29/10/04 18:13					
AgD	Positif	IHRD	29/10/04 18:13					
PRHK		IHRD	29/10/04 18:13					
AgC	Positif	IHRD	29/10/04 18:13					
Agc	Négatif	IHRD	29/10/04 18:13					
AgE	Négatif	IHRD	29/10/04 18:13					
Age	Positif	IHRD	29/10/04 18:13					
AgK	Négatif	IHRD	29/10/04 18:13					
TCDIgG	Positif +	QBD	29/10/04 18:13					
TCDcompl	Négatif	QBD	29/10/04 18:13					
Elutcond	Positif	IHRD	29/10/04 18:13					
AgJkb	Positif	IHRD	29/10/04 18:13					
ABO	groupe sanguin O	IHRD	29/10/04 18:16					
AgD	Positif	IHRD	29/10/04 18:16					
PRHK		IHRD	29/10/04 18:16					
AgC	Positif	IHRD	29/10/04 18:16					
Agc	Négatif	IHRD	29/10/04 18:16					
AgE	Négatif	IHRD	29/10/04 18:16					
Age	Positif	IHRD	29/10/04 18:16					
AgK	Négatif	IHRD	29/10/04 18:16					
AgJkb	Positif	IHRD	29/10/04 18:16					
			29/10/04 19:15	10040157168	O +		12102	
			29/10/04 19:20	10040041800	AB +		20132	
			29/10/04 19:45	10040041800	AB +		20131	
			31/10/04 19:45	10040157571	O +		13008	
			01/11/04 19:35	10030152136	O +		20131	
			01/11/04 21:00	10030152240	O +		20130	
			03/11/04 20:00	10030153366	O +		20132	
			04/11/04 18:35	10040158662	O +		12102	
			04/11/04 19:30	10030153438	O +		20130	
			04/11/04 20:10	10030153366	O +		20131	
			04/11/04 20:50	10030154633	O +		20132	
			04/11/04 22:47					
			04/11/04 22:50	10040160121	O +		12102	
			05/11/04 01:00	10040194348	O +	P *	04171	
			05/11/04 01:45	10040194495	O +	P *	04171	
			08/11/04 07:44					
RAIDep	Négatif	IHRD						
RAIDep	Négatif	IHRD						

NE TRANSFUSEZ JAMAIS (circulaire du 17.5.85)

- sans une recherche d'agglutinines irrégulières faite en temps utile,
- sans que la personne qui transfuse ait vérifié, au lit du malade, la compatibilité des hématies à injecter avec le malade, immédiatement avant la transfusion, pour chaque unité de sang (utiliser carte de compatibilité ou sérum-test).
- TOUTE RÉACTION TRANSFUSIONNELLE doit être signalée d'urgence au C.T.S. : lui rapporter le produit en cause.

REA N 1



Centre de Transfusion Sanguine des Armées

JEAN JULLIARD

Directeur : Médecin Général M. JOUSSEMET

Laboratoire d'Immuno-Hématologie-Receveurs

Responsable : Médecin en chef B. CLAVIER

Clamart, le 05/11/2004

N° receveur : 0001760846

Mr

LOUVET ETIENNE

N° examen : 6989220 du 04-nov-2004

Né(e) le : 13-mai-1932

Etablissement : HIA PERCY CLAMART

Service : REANIMATION

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-ERYTHROCYTAIRES (RAI)

Recherche effectuée à l'aide d'une gamme d'hématies-tests (DIAMED) de constitution antigénique connue comprenant les antigènes : D, C, E, c, e, K, k, Kpb, Fya, Fyb, Jka, Jkb, M, N, S, s, Lea, Leb, P1, Lub.

Dépistage :

Négatif

CONCLUSION : Absence d'anticorps anti-érythrocytaires

Médecin en Chef
G. JANUS
Chef de département des
laboratoires

Médecin en Chef
B. CLAVIER
Chef de service

Médecin en Chef
A. KERLEGUER
Adjoint

Le technicien de garde



Centre de Transfusion Sanguine des Armées

JEAN JULLIARD

Directeur : Médecin Général M. JOUSSEMET

Laboratoire d'Immuno-Hématologie-Receveurs

Responsable : Médecin en chef B. CLAVIER

Clamart, le 08/11/2004

N° receveur : 0001760846

Mr

MARTIPON FREDERIC

N° examen : 0989280 du 08-nov-2004

Né(e) le : 30-dec-1940

Etablissement : HIA PERCY CLAMART

Service : REANIMATION

RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-ERYTHROCYTAIRES (RAI)

Recherche effectuée à l'aide d'une gamme d'hématies-tests (DIAMED) de constitution antigénique connue comprenant les antigènes : D, C, E, c, e, K, k, Kpb, Fya, Fyb, Jka, Jkb, M, N, S, s, Lea, Leb, P1, Lub.

Dépistage :

Négatif

CONCLUSION : Absence d'anticorps anti-érythrocytaires

Médecin en Chef
G. JANUS
Chef de département des
laboratoires

Médecin en Chef
B. CLAVIER
Chef de service

Médecin en Chef
A. KERLEGUER
Adjoint

Le technicien de garde

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

Téléphone 01.41.46.60.00

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : HEMATOLOGIE

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 29/10/04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU :

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :			<input type="checkbox"/>	
.....				
...				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : FAGOT

Date : 29/10/04

Signature du prescripteur


REA N 4

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007862 du 29-oct-2004

Fiche éditée le 29-oct.-2004 à 19:10

Commande N° 15239

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 4310 HEMATOLOGIE	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR FAGOT	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : le

1 Plasma frais congelé aphérèse sécurisé déleucocyté (20132)

N°: 
1 0 0 4 0 0 4 1 8 0 0


2 0 1 3 2

Contrôle visuel : **OK**
Signature : *[Signature]*

Périmé le : 18 Février 2005


Groupe : **AB +** Phénotype : **C- c+ E+ e+ K-**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 29 / 10 / 04 à 19 h 15 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : <i>(obligatoire pour les CGR)</i>	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : <u>29</u> / <u>10</u> / <u>04</u> à <u>19</u> h <u>20</u> min		
Par (Nom + Prénom) : <u>Poué Sébastien</u> Qualité : <u>SCM</u>		
Signature : <i>[Signature]</i>		
Nom du médecin responsable de la transfusion : <u>Dr FAGOT</u>		
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI


AB +
PFCd Sécurisé
2 0 1 3 2 6

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /


Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007862 du 29-oct-2004

Fiche éditée le 29-oct.-2004 à 19:10

Commande N° 15239

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 4310 HEMATOLOGIE	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0001760846
Prescripteur : DR FAGOT	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : le

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20131)

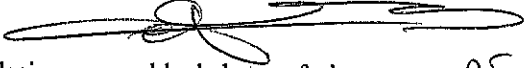
N°: 
10040041800
20131Contrôle visuel : OK
Signature : 


Périmé le : 18 Février 2005

Groupe : **AB +** Phénotype : **C- c+ E+ e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **29/10/04** à **19 h 15** min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 29/10/04 à 19 h 15 min			
Par (Nom + Prénom) : Paul Sérome		Qualité : FCM	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : Dr FAGOT			
Incident transfusionnel :		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


AB +
 PFCd Sécurisé
 # 201315

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :		
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution		
Date de retour : / /		

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
 Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


REA N 5

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007862 du 29-oct-2004

Fiche éditée le 29-oct.-2004 à 19:10

Commande N° 15239

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932	Sexe : M
Service: 4310 HEMATOLOGIE	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6	
Prescripteur : DR FAGOT	Groupe : O + RAI : le	Phénotype : C+ c- E- e+ K-

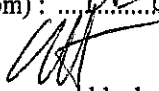
1 Mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté clos T-SOL (12102)

N°: 
1 0 0 4 0 1 5 7 1 6 8
1 2 1 0 2Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le :31 Octobre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **29/10/04** à **19** h **15** min

Produit sanguin transfusé :

*Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NONContrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☒ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☒ NONTransfusion posée le : **29/10/04** à **20** h **05** minPar (Nom + Prénom) : **ETIENNE** Qualité : **LCW**Signature : Nom du médecin responsable de la transfusion : **FAGOT**Incident transfusionnel : ☐ NON ☐ OUI
1 0 0 4 0 1 5 7 1 6 8O +
C.plaquettaire

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

Téléphone 01.41.46.60.00

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : HEMATOLOGIE

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 30/10/04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU :

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :			<input type="checkbox"/>	
.....				
...				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : FAGOT

Date : 30/10/04

Signature du prescripteur


REA N 8

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007866 du 30-oct-2004

Fiche éditée le 30-oct.-2004 à 12:10


Commande N° 15244

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 4310 HEMATOLOGIE	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR FAGOT	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)

N°: 
1 0 0 3 0 1 5 2 1 3 6
2 0 1 3 0

Contrôle visuel : OK

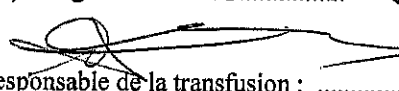
Signature : 


Périmé le : 4 Decembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 30. / 10. / 04. à 12 h 35 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 30. / 10. / 04.		à 12 h 45 min	
Par (Nom + Prénom) : <i>Dr Etienne Louvet</i>		Qualité : <i>ICM</i>	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : <i>Dr FAGOT</i>			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


 1 0 0 3 0 1 5 2 1 3 6
O +
 PFCd Sécurisé
 2 0 1 3 0 0

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :		
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution		
Date de retour : / /		


Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
 Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007866 du 30-oct-2004

Fiche éditée le 30-oct.-2004 à 12:10


Commande N° 15244

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 4310 HEMATOLOGIE	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0001760846
Prescripteur : DR FAGOT	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé aphérèse sécurisé déleucocyté (20132)

N°: 
10030152136
20132

Contrôle visuel : OK

Signature : 

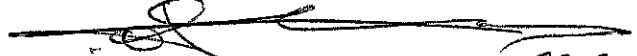
Périmé le : 4 Decembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 30/10/04 à 12 h 35 min

Produit sanguin transfusé :

*Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NONContrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☒ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☒ NON

Transfusion posée le : 30.10.04 à 13 h 10 min

Par (Nom + Prénom) : Pou Étienne Qualité : DonSignature : 
Nom du médecin responsable de la transfusion : Dr FAGOTIncident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI


Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

10030152136
O +
pFCd Sécurisé
201325

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX
adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES
Téléphone 01.41.46.60.00

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : HEMATOLOGIE

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :
POSE CATHETER

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 30/10/04 13H30

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU :

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :				
.....				
...				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : FAGOT

Signature du prescripteur

Date : 30/10/04


REA N 11

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007867 du 30-oct-2004

Fiche éditée le 30-oct.-2004 à 13:10

Commande N° 15245

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 4310 HEMATOLOGIE	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0001760846
Prescripteur : DR FAGOT	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Concentré de plaquettes d'aphérèse déleucocyté (13008)

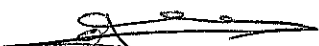
N°: 
1 0 0 4 0 1 6 9 5 8 0
1 3 0 0 8Contrôle visuel : OK
Signature : 


Périmé le : 1 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **30.10.04** à **14. h 05 min**

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 30.10.04		à 14. h 05 min	
Par (Nom + Prénom) : Louvet Etienne		Qualité : ICN	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : Dr FAGOT			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


13008
10040169580
O +
C. Plaquettaire

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :		
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution		
Date de retour : / /		

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

Téléphone 01.41.46.60.00

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : HEMATOLOGIE

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 31/10/04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU :

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letots 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : FAGOT

Date : 31/10/04


Signature du prescripteur

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007876 du 31-oct-2004

Fiche éditée le 31-oct.-2004 à 19:10

Commande N° 15264

Etablissement : HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 4310 HEMATOLOGIE	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR FAGOT	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Concentré de plaquettes d'aphérèse déleucocyté (13008)

N°: 
1 0 0 4 0 1 5 7 5 7 1
1 3 0 0 8Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 2 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 31/10/04 à 19 h 45 min

Produit sanguin transfusé :

*Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NONContrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☐ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 31/10/04 à 20 h 20 min

Par (Nom + Prénom) : **LENNAZ-N** Qualité : **1CA**Signature : Nom du médecin responsable de la transfusion : **FAGOT**Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


1 3 0 0 8
1 0 0 4 0 1 5 7 5 7 1O +
C. Plaquettaire

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

Téléphone 01.41.46.60.00

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE :

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 01-11-04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU :

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input checked="" type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :	DEUX			

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : de Revel

Signature du prescripteur

Date : 01-11-04

REA N15

CENTRE DE TRANSEUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007894 du 01-nov-2004


Fiche éditée le 01-nov.-2004 à 19:11


Commande N° 15287

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART Service: 4310 HEMATOLOGIE	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M <div align="center">  0 0 0 1 7 6 0 8 4 6 </div> Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 29-oct-2004
Prescripteur : DR DE REVEL	

1 Plasma frais congelé d' apherèse sécurisé déleucocyté (20131)


N°: 1 0 0 3 0 1 5 2 1 3 6


2 0 1 3 1

Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 4 Decembre 2004

Groupe : **O +** **Phénotype : C+ c+ E+ e+ K-**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 08 / 11 / 04 à 19 h 30 min

Produit sanguin transfusé :

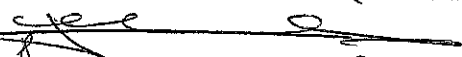
Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☒ OUI ☐ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☒ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 01 / 11 / 04 à 19 h 30 min

Par (Nom + Prénom) : Docteur Jérôme Qualité : ICN

Signature : 

Nom du médecin responsable de la transfusion : Dr DE REVEL

Incident transfusionnel : ☐ NON ☐ OUI



Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N 16

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES

Site de CLAMART


9

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE




Livraison n°100007894 du 01-nov-2004

Fiche éditée le 01-nov.-2004 à 19:11

Commande N° 15287

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART Service: 4310 HEMATOLOGIE	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M <div align="center">  0 0 0 1 7 6 0 8 4 6 </div> Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- Prescripteur : DR DE REVEL RAI : Négatif le 29-oct-2004
---	---

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)

N°:  1 0 0 3 0 1 5 2 2 4 0	 2 0 1 3 0 Périmé le : 7 Decembre 2004	Contrôle visuel : OK Signature : 
---	---	---

Groupe : **O +** **Phénotype : C+ c+ E- e+ K-**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 01. / 11. / 04. à 19 h 30 min

Produit sanguin transfusé :

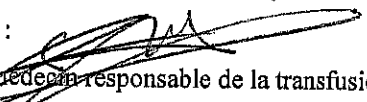
Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☒ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☒ NON

Transfusion posée le : 1 / 11 / 04 à 21 h 30 min

Par (Nom + Prénom) : CHABASSON Qualité : TCM

Signature : 

Nom du médecin responsable de la transfusion : Dr De Revel

Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI


1 0 0 3 0 1 5 2 2 4 0
O +
PFCd Sécurisé
2 0 1 3 0

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N 17

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX
adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES
Téléphone 01.41.46.60.00

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE :

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 02 11 04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES					+			

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE : 30 000

EN DATE DU : 02

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

O +
C.plaquettaire

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : DJABBARI

Date : 02 11 04

Signature du prescripteur

471

REA N 18

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007898 du 02-nov-2004

Fiche éditée le 02-nov.-2004 à 11:11


Commande N° 15300

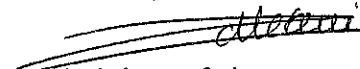
Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 4310 HEMATOLOGIE	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR DJABBARI	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004


1 Mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté clos T-SOL irradié (12103)N°: 
1 0 0 4 0 1 5 7 6 3 5
1 2 1 0 3

Périmé le : 2 Novembre 2004

Contrôle visuel : OK

Signature Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 2... 11/11/04 à 12h00 min**Produit sanguin transfusé :***Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 2. 11. 04. à 12 h 05 min			
Par (Nom + Prénom) <u>Colletti Aristel</u>		Qualité : <u>ICN</u>	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : <u>DJABBARI</u>			
Incident transfusionnel :		<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


1 2 1 0 3
1 0 0 4 0 1 5 7 6 3 5
O +
C.plaquettaire**Si le produit n'a pas été transfusé :**

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION :

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES	X							

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU :

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input checked="" type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :	3			

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : PEREZ

Date : 03/11/04

Signature du prescripteur

REA N 20

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART


FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007934 du 03-nov-2004

Fiche éditée le 03-nov.-2004 à 18:11


Commande N° 15351

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0001760846
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté clos T-SOL (12102)N°: 
10040158478
12102Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 7 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 03/11/04 à 18 h 45 min**Produit sanguin transfusé :***Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 03/11/04 à 20 h 30 min			
Par (Nom + Prénom) : ANDRE F. XAVIER		Qualité : ICV	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : DR PEREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


10040158478O +
C.plaquettaire**Si le produit n'a pas été transfusé :**

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N 21

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART


FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007935 du 03-nov-2004

Fiche éditée le 03-nov.-2004 à 19:11

Commande N° 15352

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)N°: 
1 0 0 3 0 1 5 3 3 6 6
2 0 1 3 0Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 14 Decembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 03. / 11. / 04 à 19 h 45 min**Produit sanguin transfusé :***Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NONContrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☐ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 2. / 11. / 04 à 20 h 30 min

Par (Nom + Prénom) : BONNIER A. E. Qualité : **DCU**Signature : Nom du médecin responsable de la transfusion : **DR PEREZ**Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI**Si le produit n'a pas été transfusé :**Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme


Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


1 0 0 3 0 1 5 3 3 6 6
O +
PFCd Sécurisé
2 0 1 3 0


REA N 22

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007935 du 03-nov-2004

Commande N° 15352

Fiche éditée le 03-nov.-2004 à 19:11

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé d' aphérèse sécurisé déleucocyté (20131)

Contrôle visuel : OK
Signature : 

N°: 
1 0 0 3 0 1 5 2 2 4 0


2 0 1 3 1

Périmé le : 7 Decembre 2004

Groupe : O + **Phénotype :** C+ c+ E- e+ K-

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 03. / 11. / 04 à 19. h 45. min


Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☐ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 3. / 11. / 04 à 20 h 30. min

Par (Nom + Prénom) : BANNERARE Qualité : 

Signature : 

Nom du médecin responsable de la transfusion : DR PEREZ

Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.




O +
PFCd Sécurisé
a 20131b

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007935 du 03-nov-2004

Fiche éditée le 03-nov.-2004 à 19:11


Commande N° 15352

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé aphérèse sécurisé déleucocyté (20132)

N°: 
1 0 0 3 0 1 5 3 3 6 6


2 0 1 3 2

Contrôle visuel : OK
Signature : 

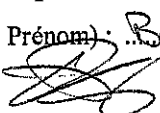
Périmé le : 14 Decembre 2004


Groupe : O + **Phénotype :** C+ c- E- e+ K-

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 03 / 11 / 04 à 19 h 45 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 3 / 11 / 04 à 19 h 45 min			
Par (Nom + Prénom) : BONNERAUE		Qualité : 100	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : DR PEREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


1 0 0 3 0 1 5 3 3 6 6
O +
PCd Sécurisé
2 0 1 3 2 0

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif :	<input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :			
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution			
Date de retour : / /			

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION :

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES	X							

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS : 68

NUMERATION PLAQUETTAIRE : 28 000

EN DATE DU : 04/11/04

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :	3		<input type="checkbox"/>	

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : PEREZ

Signature du prescripteur

Date : 04/11/04

REA 225

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART


FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007958 du 04-nov-2004

Fiche éditée le 04-nov.-2004 à 18:11

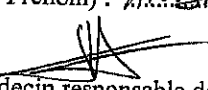
Commande N° 15397


Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932	Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0001760846	
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + RAI : Négatif le 29-oct-2004	Phénotype : C+ c- E- e+ K-

1 Mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté clos T-SOL (12102)N°: 
1 0 0 4 0 1 5 8 6 6 2
1 2 1 0 2Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 8 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E- e+ K+**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 04/11/04 à 18 h 30 min**Produit sanguin transfusé :***Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 04/11/04 à 18 h 30 min			
Par (Nom + Prénom) : <u>ANDRES EXAMINE</u> Qualité : <u>IGN</u>			
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : <u>DR PEREZ</u>			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


12102
10040158662
O+
C.plaquettaire**Si le produit n'a pas été transfusé :**

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


ReA N 26

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007959 du 04-nov-2004

Fiche éditée le 04-nov.-2004 à 18:11

Commande N° 15398

Etablissement : HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0001760846
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)

N°: 
1 0 0 3 0 1 5 3 4 3 8
2 0 1 3 0Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 14 Decembre 2004


Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 04/11/04 à 19 h 30 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NONContrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☒ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 04/11/04 à 19 h 30 min

Par (Nom + Prénom) : ANDRES...XAVIER Qualité : Signature : Nom du médecin responsable de la transfusion :  PEREZIncident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI


Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /


Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.
1 0 0 3 0 1 5 3 4 3 8
O +
PFCd Sécurisé
20130

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE


Livraison n°100007959 du 04-nov-2004

Fiche éditée le 04-nov.-2004 à 18:11

Commande N° 15398

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20131)


N°: 
1 0 0 3 0 1 5 3 3 6 6
2 0 1 3 1Contrôle visuel : OK
Signature : 


Périmé le : 14 Decembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 11/11/04 à 18h30 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(obligatoire pour les CGR) Correct	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : <u>11/11/04</u>	à <u>18h30</u> min
Par (Nom + Prénom) : <u>BOUNERAC</u>	Qualité : <u>ICN</u>
Signature : 	
Nom du médecin responsable de la transfusion : <u>Dr PEREZ</u>	
Incident transfusionnel :	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI


 1 0 0 3 0 1 5 3 3 6 6
O +
 PFCd Sécurisé
 2 0 1 3 1

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007959 du 04-nov-2004

Fiche éditée le 04-nov.-2004 à 18:11

Commande N° 15398

Etablissement : **HIAPER**
HIA PERCY CLAMART
 Service : **3110**
REANIMATION

Prescripteur : **DR PEREZ**

Receveur :

Nom : **LOUVET**

Nom marital :

Prénom : **ETIENNE**Né(e) le : **13 Mai 1932**Sexe : **M**

0 0 0 1 7 6 0 8 4 6

Groupe : **O +**Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**

RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Plasma frais congelé aphérèse sécurisé déleucocyté (20132)

N°: 1 0 0 3 0 1 5 4 6 3 3

2 0 1 3 2

Périmé le :21 Decembre 2004

Contrôle visuel : OK

Signature :

Groupe : **O +** Phénotype : **C- c+ E+ e+ K-**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 11 / 11 / 04 à 10 h 30 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit,
 par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☐ NON
 (obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 11 / 11 / 04 à 10 h 30 min

Par (Nom + Prénom) : **BOUVERAUX** Qualité : **DR**

Signature :

Nom du médecin responsable de la transfusion : **DR PEREZ**Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

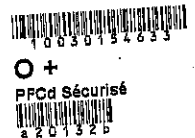
Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.



O +

PFCd Sécurisé

2 0 1 3 2


CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007961 du 04-nov-2004

Fiche éditée le 04-nov.-2004 à 22:11

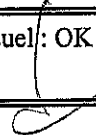
Commande N° 15403

Etablissement : HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : BONNICHON	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 29-oct-2004

1 Mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté clos T-SOL (12102)

N°: 
1 0 0 4 0 1 6 0 1 2 1


1 2 1 0 2

Contrôle visuel: OK
Signature : 

Périmé le : 8 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K+**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 04 / 11 / 04 à 22 h 55 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☐ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 04 / 11 / 04 à 22 h 55 min

Par (Nom + Prénom) : BONNICHON Qualité : ICD

Signature : 
Nom du médecin responsable de la transfusion : Dr BONNICHON

Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :


Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


1 0 0 4 0 1 6 0 1 2 1
O +
C.plaquettaire

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART




FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007962 du 05-nov-2004

Fiche éditée le 05-nov.-2004 à 00:11

Commande N° 15403

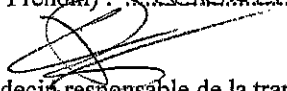
Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : BONNICHON	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004

1 Concentré de globules rouges déleucocyté issu de sang total unité adulte CPD SAGM (04171) Majoration Phénotypé Majoration Compatibilisé	
N°:  1 0 0 4 0 1 9 4 3 4 8	 0 4 1 7 1
Périmé le : 24 Novembre 2004	
Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Contrôle visuel : OK Signature : </div>

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 5. / 11. / 04 à 00 h 50 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(obligatoire pour les CGR)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 5. / 11. / 04	à : 1 h 00 min
Par (Nom + Prénom) : BONNICHON	Qualité : SCV
Signature : 	
Nom du médecin responsable de la transfusion : D. BONNICHON	
Incident transfusionnel :	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N 31

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100007962 du 05-nov-2004


Fiche éditée le 05-nov.-2004 à 00:11

Commande N° 15403

Etablissement : HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service : 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0001760846
Prescripteur : BONNICHON	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 04-nov-2004

1 Concentré de globules rouges déleucocyté issu de sang total unité adulte CPD SAGM (04171)

Majoration Phénotypé Majoration Compatibilisé

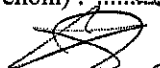
Contrôle visuel : OK
Signature : N°: 
10040194495
04171


Périmé le :24 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **5. / 11. / 04** à **08 h 50 min**

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
(obligatoire pour les CGR) Correct	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 5. / 11. / 04	à 11 h 45 min
Par (Nom + Prénom) : BONNEFAVE	Qualité : DCN
Signature : 	
Nom du médecin responsable de la transfusion : D. BONNICHON	
Incident transfusionnel :	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI


04171
10040194495O+
C.G.R.d

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N 32

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932


SEXE : M

GROUPE SANGUIN : O p²⁰

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : URGENCE

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1 cup	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS : 68,3

NUMERATION PLAQUETTAIRE : 35000

EN DATE DU : 6/11/04

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE : 1 CUP

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION	<input checked="" type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :3.....		Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : pelletier

Date : 6/11/04

Signature du prescripteur




REA N 33

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE
Livraison n°100008000 du 06-nov-2004

Fiche éditée le 06-nov.-2004 à 11:11


Commande N° 15449

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932  0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Service: 3110 REANIMATION	Sexe : M
Prescripteur : DR PELLETIER	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004

1 Mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté clos T-SOL (12102)

N°: 
1 0 0 4 0 1 5 8 0 2 1


1 2 1 0 2

Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 7 Novembre 2004

Groupe : **A +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K+**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 06.11.04 à 12 h 00 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON


Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☒ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 06.11.04 à 12 h 35 min

Par (Nom + Prénom) : ANDRÉ EXAVIER Qualité : FCV

Signature : 

Nom du médecin responsable de la transfusion : PELLETIER


1 2 1 0 2
1 0 0 4 0 1 5 8 0 2 1
A +
C.plaquettaire

Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


REA N 34

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008000 du 06-nov-2004

Fiche éditée le 06-nov.-2004 à 11:11


Commande N° 15449

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PELLETIER	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)

N°: 
1 0 0 3 0 1 5 9 5 8 1


2 0 1 3 0

Contrôle visuel : OK
Signature : 


Périmé le : 22 Decembre 2004


Groupe : O + **Phénotype :** C+ c- E- e+ K-

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 06 / 11 / 04 à 12 h 00 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Correct <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 06 / 11 / 04 à 12 h 15 min	
Par (Nom + Prénom) : ANDRES EXAUER Qualité : ION	
Signature : 	
Nom du médecin responsable de la transfusion : PELLETIER	
Incident transfusionnel :	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI


1 0 0 3 0 1 5 9 5 8 1
O +
PFCd Sécurisé
2 0 1 3 0 5

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /


Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.




FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008000 du 06-nov-2004

Fiche éditée le 06-nov.-2004 à 11:11

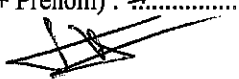
Commande N° 15449


Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PELLETIER	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 04-nov-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)	
N°:  1 0 0 4 0 0 0 1 0 3 2	 2 0 1 3 0
Périmé le : 1 Janvier 2005	
Groupe : O + Phénotype : C- c+ E+ e+ K-	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right;"> Contrôle visuel : OK Signature :  </div>	

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 06 / 11 / 04 à 12 h 02 min**Produit sanguin transfusé :**

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 6 / 11 / 04 à 14 h 25 min			
Par (Nom + Prénom) : ICN Andres		Qualité : ICN	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : Dr PEREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


O +
PFCd Sécurisé
201306
383 ml
Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :		
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution		
Date de retour : / /		

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008000 du 06-nov-2004

Fiche éditée le 06-nov.-2004 à 11:11


Commande N° 15449

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932  0 0 0 1 7 6 0 8 4 6	Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	Groupe : O + RAI : Négatif le 04-nov-2004	Phénotype : C+ c- E- e+ K-
Prescripteur : DR PELLETIER		

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)

N°: 
1 0 0 3 0 1 5 9 6 1 0


2 0 1 3 0

Contrôle visuel : OK
Signature : 


Périmé le :22 Decembre 2004


Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E- e+ K-**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 06. / 11. / 04 à 12. h 00 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 06. / 11. / 04 à 12. h 00 min			
Par (Nom + Prénom) : <u>ANDRES F. XAVIER</u>		Qualité : <u>Idem</u>	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : <u>PELLETIER</u>			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


1 0 0 3 0 1 5 9 6 1 0
O +
PFCd Sécurisé
2 0 1 3 0 5

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX
adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES
téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN : O+

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : URGENCE

DATE DE LA DERNIERE RAI : 04/11/0/2004

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	* Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1 cup	CONCENTRE DE PLAQUETTES	*							

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS : 68 KGS

NUMERATION PLAQUETTAIRE : 21 000

EN DATE DU : 06/11/2004

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE : 1 CUP

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :			<input type="checkbox"/>	
.....				
...				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) :

Signature du prescripteur

Date :

06/11/04

DE VAZARNE

REA N 38

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES

Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008005 du 06-nov-2004

Fiche éditée le 06-nov.-2004 à 23:11

Commande N° 15461

Etablissement : **HIAPER
HIA PERCY CLAMART**Service: **3110
REANIMATION**Prescripteur : **DR TAZAROURRE**

Receveur :

Nom : **LOUVET**

Nom marital :

Prénom : **ETIENNE**Né(e) le : **13 Mai 1932**Sexe : **M**

0 0 0 1 7 6 0 8 4 6

Groupe : **O +**Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**

RAI : Négatif le 04-nov-2004

I Mélange de concentrés de plaquettes standard déleucocyté clos T-SOL (12102)N°:
1 0 0 4 0 1 6 0 0 7 6

1 2 1 0 2

Périmé le : 8 Novembre 2004

Contrôle visuel : OK

Signature :

Groupe :

A +Phénotype : **C+ c+ E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **06/11/04** à **23 h 30** min**Produit sanguin transfusé :***Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NONContrôle ultime au lit du malade :
(obligatoire pour les CGR)Réalisé
Correct☒ OUI ☐ NON
☐ OUI ☐ NONTransfusion posée le : **06/11/04** à **23 h 30** minPar (Nom + Prénom) : **SOULANE H.** Qualité : **IDE**

Signature :

Nom du médecin responsable de la transfusion : **TAZAROURRE**A +
C.plaquettaire

Incident transfusionnel :

☐ NON ☐ OUI**Si le produit n'a pas été transfusé :**Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA ~ 39

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN : O POSITIF

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 07/11/04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES	X							

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS : 75

NUMERATION PLAQUETTAIRE : 25 000

EN DATE DU : 07/11/04

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :				
.....				
...				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : PEREZ

Date : 07/11/04

Signature du prescripteur

REA N 240

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008007 du 07-nov-2004


Fiche éditée le 07-nov.-2004 à 12:11

Commande N° 15465

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004


1 Concentré de plaquettes d'aphérèse déleucocyté (13008)N°: 
1 0 0 4 0 1 2 7 1 6 1
1 3 0 0 8

Contrôle visuel : OK

Signature : 

Périmé le : 8 Novembre 2004

Groupe : **A +** Phénotype : **C+ c+ E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 07.11.04 à 12. h 15. min**Produit sanguin transfusé :***Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 07.11.04 à 13. h 15. min			
Par (Nom + Prénom) : ANDRÉS F. XAVIER Qualité : IEN Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : DR PEREZ Incident transfusionnel : <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI			

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique <input type="checkbox"/> Modification d'indication <input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N41

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN : O POSITIF

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 07/11/04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU :

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :	3			

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : PEREZ
Signature du prescripteur

Date : 07/11/04



REAN42


CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART




FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008013 du 07-nov-2004

Fiche éditée le 07-nov.-2004 à 23:11

Commande N° 15473

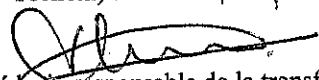
Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004

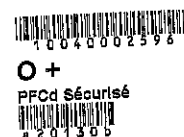
1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)		Contrôle visuel : OK Signature : 
N°:  1 0 0 4 0 0 0 2 5 9 6	 2 0 1 3 0 Périmé le : 7 Janvier 2005	
Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-		

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 07/11/04 à 23 h 50 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 07/11/04 à 23 h 50 min			
Par (Nom + Prénom) : SOUAGNE, M		Qualité : 1 DE	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : PEREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI



Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif :	<input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :			
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution			
Date de retour : / /			

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


REA N43

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008013 du 07-nov-2004

Fiche éditée le 07-nov.-2004 à 23:11

Commande N° 15473


Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART Service: 3110 REANIMATION Prescripteur : DR PEREZ	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M  0 0 0 1 7 6 0 8 4 6 Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004
---	--

1 Plasma frais congelé aphérèse sécurisé déleucocté (20132)

 N°: 
 1 0 0 4 0 2 0 0 3 1 4


 2 0 1 3 2

Contrôle visuel : OK

Signature : 

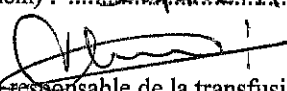
Périmé le : 8 Janvier 2005


 Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**

 Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **07/11/04** à **23 h 50 min**

Produit sanguin transfusé :

 Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit,
 par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 07/11/04 à 20 h 40 min			
Par (Nom + Prénom) : SOLAGNE H.		Qualité : INE	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : PEREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


 0 0 4 0 2 0 0 3 1 4
O +
 PFCd Sécurisé
 2 0 1 3 2 5

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :		
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution		
Date de retour : / /		

 Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
 Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REAN44


CENTRE DE TRANFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008013 du 07-nov-2004

Commande N° 15473

Fiche éditée le 07-nov.-2004 à 23:11


Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0001760846
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)

N°: 
10040001171


20130

Périmé le : 7 Janvier 2005

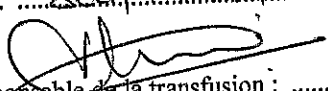
Contrôle visuel : OK
Signature : 

Groupe : O + **Phénotype :** C+ c+ E- e+ K+

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 07 / 11 / 04 à 23 h 40 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Correct <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 08 / 11 / 04	à 01 h 00 min
Par (Nom + Prénom) : SEAGNE N	Qualité : IDE
Signature : 	
Nom du médecin responsable de la transfusion : PEREZ	
Incident transfusionnel :	<input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N 45

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : LOUVET

PRENOM : ETIENNE

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 13/05/1932

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION :

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
2	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES		X	X					
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES	X							

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS : 75 KG NUMERATION PLAQUETTAIRE : 27 000 EN DATE DU : 08/11/04

TAILLE : POSOLOGIE SOUHAITEE : (1 CUP)

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : AUROY

Date : 08/11/04

Signature du prescripteur

REA N46


CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008014 du 08-nov-2004

Fiche éditée le 08-nov.-2004 à 07:11

Commande N° 15474


Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET Nom marital : Prénom : ETIENNE Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 001760846
Prescripteur : DR AUROY	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 04-nov-2004

1 Concentré de plaquettes d'aphérèse déleucocté (13008)

N°: 
1 0 0 4 0 1 5 9 7 5 3


1 3 0 0 8

Périmé le : 9 Novembre 2004

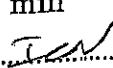
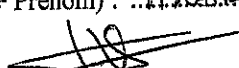
Contrôle visuel : OK
Signature : 



Groupe : O + **Phénotype :** C+ c+ E- e+ K-

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 08/11/04 à 7 h 49 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 08/11/04 à 7 h 50 min			
Par (Nom + Prénom) : ANDRES EXAMER		Qualité : 	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : PEREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


13008

10040159753
O+
C. Plaquettaire

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif :	<input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :			
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution			
Date de retour : / /			

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REAN47

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008015 du 08-nov-2004

Fiche éditée le 08-nov.-2004 à 09:11

Commande N° 15480

Etablissement : **HIAPER**
HIA PERCY CLAMART

Service: **3110**
REANIMATION

Prescripteur : **dr auroy**

Receveur :

Nom : **LOUVET**

Nom marital :

Prénom : **ETIENNE**

Né(e) le : **13 Mai 1932**

Sexe : **M**



0 0 0 1 7 6 0 8 4 6

Groupe : **O +**

Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**

RAI : Négatif le 08-nov-2004

1 Concentré de globules rouges déleucocyté issu de sang total unité adulte CPD SAGM (04171)
Majoration Phénotypé Majoration Compatibilisé

Contrôle visuel : OK

Signature :



N°: 1 0 0 4 0 1 9 4 8 9 0



0 4 1 7 1

Périmé le :24 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **8.. / 11.. / 04** à **9.. h 40 min**

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☒ OUI ☐ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☒ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : **8. / 11. / 04** à **10 h 00 min**

Par (Nom + Prénom) : **ANDRES FERNANDEZ** Qualité : **ICV**

Signature :

Nom du médecin responsable de la transfusion : **PEREZ**

Incident transfusionnel : ☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N48

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES


Site de CLAMART


FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008015 du 08-nov-2004

Fiche éditée le 08-nov.-2004 à 09:11


Commande N° 15480

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : LOUVET
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : ETIENNE
	Né(e) le : 13 Mai 1932 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : dr auroy	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 08-nov-2004

1 Concentré de globules rouges déleucocyté issu de sang total unité adulte CPD SAGM (04171)
Majoration Phénotypé Majoration Compatibilisé
N°: 1 0 0 4 0 1 9 5 3 5 9
0 4 1 7 1Contrôle visuel : OK
Signature : 

Périmé le : 24 Novembre 2004

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **8. / 11. / 09.** à **9.** h **00.** min**Produit sanguin transfusé :***Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.*

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	Correct	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 8. / 11. / 09. à 12 h 15 min			
Par (Nom + Prénom) : ANDRES.....FRANCOIS		Qualité : INV	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : PETREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


0 4 1 7 1
1 0 0 4 0 1 9 5 3 5 9O +
C.G.R.d**Si le produit n'a pas été transfusé :**

Motif : <input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :		
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution		
Date de retour : / /		

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

REA N49

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : MARTIPON

PRENOM : FREDERIC

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 30/12/1940

SEXE : M

GROUPE SANGUIN : O POSITIF

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 09/11/04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES	X							

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS :

NUMERATION PLAQUETTAIRE :

EN DATE DU : 9/11/04

TAILLE :

POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :	3			

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : PEREZ

Date : 09/11/04

Signature du prescripteur

REAN 50

CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008034 du 09-nov-2004

Fiche éditée le 09-nov.-2004 à 08:11

Commande N° 15522

Etablissement : **HIAPER**
HIA PERCY CLAMART

Service: **3110**
REANIMATION

Prescripteur : **DR PEREZ**

Receveur :

Nom :

MARTIPON

Nom marital :

Prénom :

FREDERIC

Né(e) le :

30 Decembre 1940

Sexe : **M**



0 0 0 1 7 6 0 8 4 6

Groupe : **O +**

Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**

RAI : Négatif le 08-nov-2004

1 Concentré de plaquettes d'aphérèse déleucocyté (13008)



N°: 1 0 0 4 0 1 6 0 4 3 9



1 3 0 0 8

Périmé le : 10 Novembre 2004

Contrôle visuel : **OK**
Signature : *[Signature]*

Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c+ E+ e+ K-**

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 9. / 11. / 04 à 8. h 15 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :

☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade :

(obligatoire pour les CGR)

Réalisé

☐ OUI ☐ NON

Correct

☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 9. / 11. / 04 à 8. h 15 min

Par (Nom + Prénom) : BERNARD Qualité : ICN

Signature :

Nom du médecin responsable de la transfusion : DR PEREZ

Incident transfusionnel :

☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


REAN 51

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008036 du 09-nov-2004

Fiche éditée le 09-nov.-2004 à 08:11

Commande N° 15526


Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : MARTIPON Nom marital : Prénom : FREDERIC Né(e) le : 30 Decembre 1940 Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 08-nov-2004

1 Plasma frais congelé aphérèse sécurisé déleucocyté (20132)

N°: 
1 0 0 4 0 2 0 0 8 7 5


2 0 1 3 2

Périmé le :13 Janvier 2005

Contrôle visuel : OK
Signature : 

Groupe : O + **Phénotype :** C+ c+ E- e+ K-

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 09 / 11 / 04 à 9 h 30 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus : ☒ OUI ☐ NON

Contrôle ultime au lit du malade : Réalisé ☐ OUI ☒ NON
(obligatoire pour les CGR) Correct ☐ OUI ☐ NON

Transfusion posée le : 09 / 11 / 04 à 10 h 00 min

Par (Nom + Prénom) : BONAERAVE Qualité : ICN

Signature : 

Nom du médecin responsable de la transfusion : D. PEREZ

Incident transfusionnel : ☐ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :


Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


O +
PFCd Sécurisé
201326

REA N 52


CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE DES ARMEES
Site de CLAMART

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008035 du 09-nov-2004

Fiche éditée le 09-nov.-2004 à 08:11

Commande N° 15523

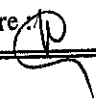
Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : MARTIPON Nom marital : Prénom : FREDERIC Né(e) le : 30 Decembre 1940  0 0 0 1 7 6 0 8 4 6	Sexe : M
Service: 3110 REANIMATION	Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K- RAI : Négatif le 08-nov-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20131)

N°: 
1 0 0 4 0 2 0 0 3 1 4


2 0 1 3 1

Périmé le : 8 Janvier 2005

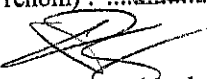
Contrôle visuel : OK
Signature: 



Groupe : **O +** **Phénotype :** C+ c- E- e+ K-

Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 09 / 11 / 04 à 9 h 30 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 09 / 11 / 04 à 11 h 00 min			
Par (Nom + Prénom) : BONNERAUX		Qualité : TCM	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : DR PEREZ			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI


1 0 0 4 0 2 0 0 3 1 4
O +
PFCd Sécurisé

2 0 1 3 1 b

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme
Autre :
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution
Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.


REA N 53

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008035 du 09-nov-2004

Fiche éditée le 09-nov.-2004 à 08:11

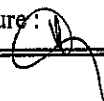
Commande N° 15523

Etablissement : HIAPER HIA PERCY CLAMART	Receveur : Nom : MARTIPON
Service: 3110 REANIMATION	Nom marital : Prénom : FREDERIC
	Né(e) le : 30 Decembre 1940 Sexe : M
	 0 0 0 1 7 6 0 8 4 6
Prescripteur : DR PEREZ	Groupe : O + Phénotype : C+ c- E- e+ K-
	RAI : Négatif le 08-nov-2004

1 Plasma frais congelé d'aphérèse sécurisé déleucocyté (20130)

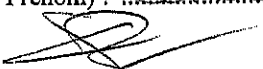
N°: 
1 0 0 4 0 2 0 0 3 1 4
2 0 1 3 0

Périmé le : 8 Janvier 2005

Contrôle visuel : OK
Signature: Groupe : **O +** Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le 09 / 11 / 04 à 09 h 30 min

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :		<input checked="" type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contrôle ultime au lit du malade : (obligatoire pour les CGR)	Réalisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input checked="" type="checkbox"/> NON
	Correct	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Transfusion posée le : 09 / 11 / 04		à 09 h 30 min	
Par (Nom + Prénom) : <u>BOUVERAUX</u>		Qualité : <u>ICA</u>	
Signature : 			
Nom du médecin responsable de la transfusion : <u>DR PEREZ</u>			
Incident transfusionnel :		<input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI



Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif: <input type="checkbox"/> Incident technique	<input type="checkbox"/> Modification d'indication	<input type="checkbox"/> Produit non conforme
Autre :		
Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution		
Date de retour : / /		

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.

Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES PERCY

Service de Réanimation

adresse postale : BP 410 - 92141 CLAMART CEDEX

adresse militaire : BP 129 - 00481 ARMEES

téléphone 01.41.46.62.23 - télécopieur 01.41.46.64.47

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

HOPITAL : HIA PERCY

SERVICE : REANIMATION

NOM DE NAISSANCE : MARTIPON

PRENOM : FREDERIC

NOM MARITAL :

DATE DE NAISSANCE : 30/12/1940

SEXE : M

GROUPE SANGUIN :

DATE PREVUE DE LA TRANSFUSION : 10/11/04

DATE DE LA DERNIERE RAI :

N.B. : Il est rappelé que le délai de validité d'une RAI est de 3 jours en cas de transfusions itératives.

Quantités	Produits déleucocytés	Standard	*Compatibilisé	Phénotypé	CMV Négatif	Irradié	Déplasmatisé	Congelé	Autologue
	CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES								
1	CONCENTRE DE PLAQUETTES								

* Pour les demandes de sang compatibilisé, joindre systématiquement 2 tubes de 5 ml : 1 anticoagulé, 1 sec

A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE DE CONCENTRE PLAQUETTAIRE :

POIDS : 60

NUMERATION PLAQUETTAIRE : 19000

EN DATE DU : 09/11/04

TAILLE :

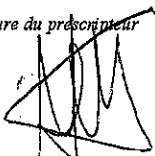
POSOLOGIE SOUHAITEE :

PLASMA FRAIS CONGELE		MOTIF MEDICAL DE LA PRESCRIPTION Note n° 0036 DGS/3B/letcts 1 du 15.01.92 cocher la case correspondante	<input type="checkbox"/>	Coagulopathies graves de consommation avec effondrement de tous les facteurs de coagulation.
SECURISE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Hémorragies aiguës avec déficit global de facteurs de coagulation.
AUTOLOGUE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Déficits complexes rares en facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes spécifiques ne sont pas disponibles.
QUANTITE :				

Nom du Médecin prescripteur (lisible) : MOLFUSON

Date : 10/11/04

Signature du prescripteur



REA n 55

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Livraison n°100008056 du 10-nov-2004

Fiche éditée le 10-nov.-2004 à 05:11

Commande N° 15569

Etablissement : **HIAPER**
HIA PERCY CLAMARTService: **3110**
REANIMATIONPrescripteur : **DR Malfuson**

Receveur :

Nom : **MARTIPON**

Nom marital :

Prénom : **FREDERIC**Né(e) le : **30 Decembre 1940**Sexe : **M**

0001760846

Groupe : **O +**Phénotype : **C+ c- E- e+ K-**RAI : Négatif le **08-nov-2004**

1 Concentré de plaquettes d'aphérèse déleucocyté (13008)



N°: 1004012725-



13008

Périmé le : 10 Novembre 2004

Contrôle visuel : OK
Signature : *an*Groupe : **O +** Phénotype : **C- c+ E- e+ K-**Circonstances de transport conformes : OUI ☒ NON ☐ Reçu le **10.11.04** à **5. h 50 min**

Produit sanguin transfusé :

Les données doivent être recueillies uniquement pendant l'administration de chaque produit, par la personne qui pose la transfusion.

Le receveur est bien celui identifié ci-dessus :

☒ OUI ☐ NONContrôle ultime au lit du malade :
(obligatoire pour les CGR)Réalisé
Correct☐ OUI ☐ NON
☐ OUI ☐ NONTransfusion posée le : **10.11.04** à **6 h 00 min**Par (Nom + Prénom) : **Dr N. ROCH CLADE** Qualité : **SCN**Signature : *an*Nom du médecin responsable de la transfusion : **DR Malfuson**

Incident transfusionnel :

☒ NON ☐ OUI

Si le produit n'a pas été transfusé :

Motif : ☐ Incident technique ☐ Modification d'indication ☐ Produit non conforme

Autre :

Tout produit non transfusé doit être retourné au CTSA, avec sa fiche de distribution

Date de retour : / /

Archiver un exemplaire complété dans le dossier transfusionnel du patient.
Renvoyer un exemplaire complété dans les 48 heures au CTSA selon le circuit établi.

13008



1004012725-

O +

C. Plaquettaire

REA N 56

BORDEREAU DE PRESCRIPTION, DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT DÉRIVÉ DU SANG

PRESCRIPTION

Service demandeur :

HÉMATOLOGIE

Identification du patient

HIA PERCY 43 HOP HEMAT

LOUVET
ETIENNE

Sexe: M

Ne le: 13/05/32
19532118

iminin ☐

Prénoms :

Date de naissance :/...../.....

Médicament

Prescripteur

Dénomination : Albumine 20 Z

Posologie : 100 ml

Quantité demandée (max. 6 par feuille) : X4

Nom du prescripteur :

Cachet et signature

Dispensation

Nom du dispensateur :

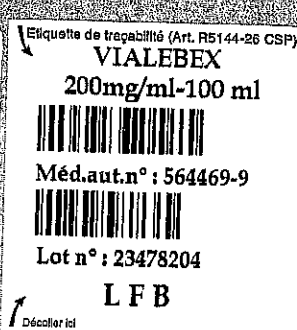
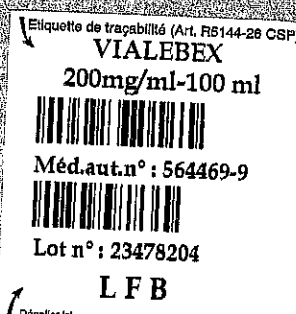
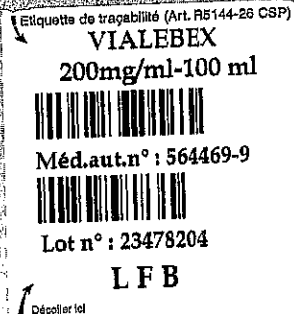
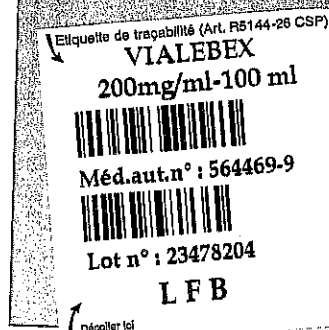
EDOUARD

Date : 31/10/124 Signature

ADMINISTRATION

Date	Qté administrée	Nom du personnel soignant	Signature

Vignette(s) à coller par le service (en l'absence d'étiquette, reporter le n° de lot)



Lors de la demande initiale, adresser les trois feuillets à la pharmacie.

BORDEREAU DE PRESCRIPTION, DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT DÉRIVÉ DU SANG

PRESCRIPTION	Service demandeur : <i>Hématologie</i>
---------------------	--

Identification du patient	
HIA PERCY 43 HOP HEMAT LOUVET ETIENNE Ne le: 13/05/32 Sexe: M 19532118 n <input type="checkbox"/>	Prénoms : Date de naissance :/...../.....

Médicament	Prescripteur
Dénomination : <i>Albumine 202</i> Posologie : <i>1 flacon 200ml</i> Quantité demandée (max. 6 par feuille) : <i>x2</i>	Nom du prescripteur : <i>Louvet</i> Cachet et signature

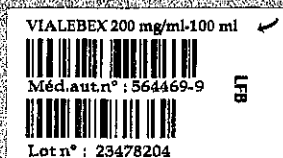
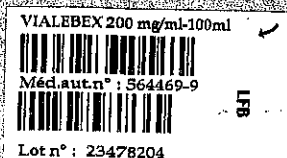
Dispensation	Nom du dispensateur : <i>ROY</i> Date : <i>30/10/04</i> Signature
---------------------	---

ADMINISTRATION

Date	Qté administrée	Nom du personnel soignant	Signature
<i>30/10/04</i>	<i>20 g</i>	<i>MIS BOUCHERE</i>	<i>[Signature]</i>
<i>31/10/04</i>	<i>1 flacon 20g</i>	<i>LETT 742</i>	<i>[Signature]</i>

Vignette(s) à coller par le service (en l'absence d'étiquette, reporter le n° de lot)

23478204 x2

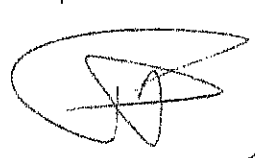


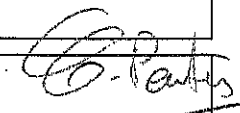
Lors de la demande initiale, adresser les trois feuillets à la pharmacie.

BORDEREAU DE PRESCRIPTION, DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT DÉRIVÉ DU SANG

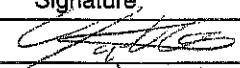
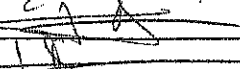
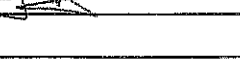
PRESCRIPTION	Service demandeur : REA
---------------------	--------------------------------

Identification du patient	
Nom HIA PERCY 31 HOP REA LOUVET ETIENNE Sexe: M Ne le: 13/05/32 Masc 19532118	Prénoms : Date de naissance :/...../.....

Médicament	Prescripteur
Dénomination : TEGELINE Posologie : 0.4g/kg/j¹ p¹ 5j¹ 70kgs¹ = 28g Quantité demandée (max. 6 par feuille):	Nom du prescripteur : P. PERZ Cachet et signature 


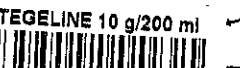

Dispensation	Nom du dispensateur Patus	Date : 5 11, 04	Signature 
--------------	----------------------------------	------------------------	---

ADMINISTRATION

Date	Qté administrée	Nom du personnel soignant	Signature
5/11/04	28 g	ICN GUILAUME	
6/11/04	28 g	ICN ANDRES	
7/11/04	28 g	ICN ANDRES	
le reste n'a pu être administré			

Vignette(s) à coller par le service (en l'absence d'étiquette, reporter le n° de lot)


5/11 TEGELINE 5 g/100 ml  Méd. aut. n° : 559 898-2 Lot n° : 21625103	TEGELINE 10 g/200 ml  Méd. Aut. n° : 559 899-9 Lot n° : 23903104	TEGELINE 10 g/200 ml  Méd. Aut. n° : 559 899-9 Lot n° : 23903104
6/11 TEGELINE 10 g/200 ml  Méd. Aut. n° : 559 899-9 Lot n° : 23903104	TEGELINE 10 g/200 ml  Méd. Aut. n° : 559 899-9 Lot n° : 23903104	TEGELINE 5 g/100 ml  Méd. aut. n° : 559 898-2 Lot n° : 25270102

7/11 TEGELINE 10 g/200 ml  Méd. Aut. n° : 559 899-9 Lot n° : 23903104	TEGELINE 10 g/200 ml  Méd. Aut. n° : 559 899-9 Lot n° : 23903104	TEGELINE 5 g/100 ml  Méd. aut. n° : 559 898-2 Lot n° : 21625103
--	---	---

BORDEREAU DE PRESCRIPTION, DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT DÉRIVÉ DU SANG

PRESCRIPTION	Service demandeur : <i>REA</i>
---------------------	--------------------------------

Identification du patient	
Nom HIA PERCY 31 HOP REA LOUVET ETIENNE Sexe: M Ne le: 13/05/32 Masc 19532118	Prénoms : Date de naissance :

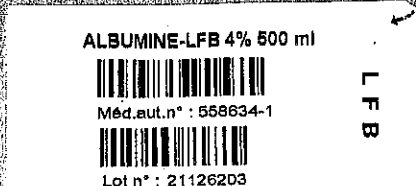
Médicament	Prescripteur
Dénomination : <i>ALBUMINE 4% / 500 ml</i>	Nom du prescripteur : <i>PERCY</i>
Posologie :	Cachet et signature 
Quantité demandée (max. 6 par feuille) :	

Dispensation	Nom du dispensateur : <i>LOUVET</i>	Date : <i>27/10/03</i>	Signature : <i>[Signature]</i>
---------------------	-------------------------------------	------------------------	--------------------------------

ADMINISTRATION

Date	Qté administrée	Nom du personnel soignant	Signature
<i>07/11/04</i>	<i>200 ml + 200 ml</i>	<i>ICN ANDRES</i>	<i>[Signature]</i>

Vignette(s) à coller par le service (en l'absence d'étiquette, reporter le n° de lot)




Lors de la demande initiale, adresser les trois feuillets à la pharmacie.

BORDEREAU DE PRESCRIPTION, DE DISPENSATION ET D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT DÉRIVÉ DU SANG


PRESCRIPTION	Service demandeur : <i>REA</i>
---------------------	--------------------------------

Identification du patient	
Nom : Prénoms : Date de naissance :/...../..... Sexe : M No le : 13/05/32 19532118 LOUVET ETIENNE Masci HIA PERCY 31 HOP REA	

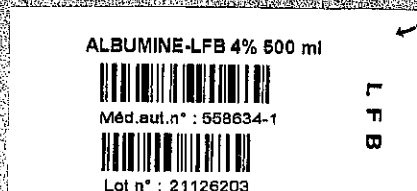
Médicament	Prescripteur
Dénomination : <i>ALBUMINE 4% / 500 ml</i> Posologie : Quantité demandée (max. 6 par feuille) :	Nom du prescripteur : <i>PEREZ</i> Cachet et signature : 

Dispensation	Nom du dispensateur : <i>Peckers</i>	Date : <i>29/08/03</i>	Signature : <i>Peckers</i>
---------------------	--------------------------------------	------------------------	----------------------------

ADMINISTRATION

Date	Qté administrée	Nom du personnel soignant	Signature
<i>07/11/01</i>	<i>200 ml</i>	<i>SON ANNÉE</i>	

Vignette(s) à coller par le service (en l'absence d'étiquette, reporter le n° de lot)



Lors de la demande initiale, adresser les trois feuillets à la pharmacie.